

**Examen Voluntario de COVID-19 en la Escuela de NJ  
Formulario de Consentimiento del Padre/Tutor para Estudiantes Menores de Edad**

Las pruebas de los estudiantes maximizarán la longevidad del aprendizaje en persona al detectar, rastrear y aislar rápidamente a las personas COVID-19 positivas, ya sea que comiencen a mostrar síntomas o no. Y proporcionará tranquilidad a las familias y al personal. Las medidas de seguridad actuales vigentes, combinadas con pruebas para el personal y los estudiantes, reducirán el riesgo de transmisión y permitirán un acceso más consistente a la instrucción en persona para nuestros estudiantes.

**¿Qué es la prueba?**

Es una prueba de hisopado anterior-nasal (se inserta un hisopo corto no más largo que un Q-Tip típico en la parte frontal de la fosa nasal) y toma solo unos segundos para recolectar. Este es un método de recolección no invasivo.

**¿Se compartirá esta información?**

Esta información se compartirá solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo/a si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación de COVID-19 en su comunidad escolar. El intercambio de información sobre su hijo/a solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de la ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo. Por lo tanto, no divulgaremos el nombre de su hijo/a y los resultados de las pruebas a entidades fuera del distrito escolar local y el departamento de salud.

Información del Estudiante	
<b>Nombre del Estudiante:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
<b>Escuela:</b>	<b>Nivel de Grado:</b>
Información del Padre/Tutor	
<b>Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta):</b>	<b>Número de teléfono del padre/tutor:</b>
<b>Correo Electrónico del Padre/Tutor (se enviará una copia de este formulario a esta dirección de correo electrónico):</b>	

**Languex Translation LLC.**

**Certified Translation**

Ohio Entity Number: 3996025

ATA Member ID: 217219

## CONSENTIMIENTO

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y que:

- He leído y entendido la información de este formulario de consentimiento y los documentos relacionados, como las Hojas de Datos para Pacientes.
- Autorizo la recopilación y prueba de una prueba COVID-19 individual semanal en mi hijo/a durante el horario escolar, a través del Programa de Pruebas COVID de las escuelas de NJ.
- Autorizo la recolección y prueba de cualquier antígeno Rapid individual y/o PCR/prueba de diagnóstico molecular en mi hijo, al permitir que mi hijo/a proporcione una muestra de hisopo nasal para la prueba.
- Entiendo que todos los tipos de muestras serán hisopos nasales cortos y no invasivos.
- Acepto permitir que la información personal de mi hijo/a se divulgue al laboratorio clínico que procesará la prueba de mi hijo/a.
- Acepto que la muestra de mi hijo/a sea analizada por CRSP para detectar SARS-CoV-2 y/o mediante una prueba rápida de antígenos.
- Entiendo que Broad Institute puede divulgar los resultados de las pruebas de su hijo/a a la escuela, así como a los departamentos de salud locales y estatales.
- Acepto permitir que mi hijo/a regrese para las pruebas confirmatorias si así lo solicita la institución educativa de mi hijo.
- Entiendo que se me notificará sobre los resultados POSITIVOS de cualquier prueba de diagnóstico individual para COVID-19.
- Independientemente de los resultados de la prueba, los estudiantes DEBEN cumplir con todas las pautas de seguridad escolar de COVID-19, incluido el uso de máscaras y el distanciamiento social, y seguir los protocolos escolares para aislar y evaluar en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- Entiendo que el personal que administra pruebas individualizadas ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Acepto que ni el administrador de la prueba ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir por la participación en el programa de pruebas COVID-19.
- Entiendo que mi hijo/a debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de una prueba individual es una indicación de que mi hijo/a debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros. Las fechas de aislamiento serán asignadas por el equipo de rastreo de contactos del distrito.
- Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo, y asumo la responsabilidad completa y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo/a si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi hijo/a reciba de su proveedor de atención médica.

**Languex Translation LLC.**

**Certified Translation**

**Ohio Entity Number: 3996025**

**ATA Member ID: 217219**

- Doy mi consentimiento para que el nombre de mi hijo, los resultados de las pruebas de COVID-19 y toda la información incluida en esta autorización sean divulgados por y entre el Programa de Pruebas de COVID de la escuela de NJ y sus proveedores de servicios contratados, y las agencias de salud pública con el fin de coordinar las pruebas, notificar los resultados y otros fines de salud pública.
- Entiendo que las pruebas individualizadas pueden crear información médica protegida (PHI) y otra información de identificación personal (PII) de mi hijo. De conformidad con 45 CFR 164.524 (c) (3), autorizo y ordeno al proveedor de pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi hijo, a los departamentos de salud locales y estatales y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y cualquier otra parte, según lo autorizado por HIPAA.
- Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi hijo/a es opcional y puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi hijo/a no se hará la prueba.
- Este permiso estará vigente a partir de la fecha de mi firma y en cualquier momento en que mi hijo esté inscrito en el programa de pruebas COVID de la escuela de NJ a menos que termine esta autorización por escrito. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información que ya he permitido que se divulgue. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, comuníquese con la enfermera de la escuela.

**Acepto voluntariamente esta prueba de SARS-CoV-2 para mi hijo/a.**

<b>Firma del Padre/Tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
-------------------------------	---------------

**Languex Translation LLC.**

**Certified Translation**

**Ohio Entity Number: 3996025**

**ATA Member ID: 217219**